

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

313

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Michel CLAUX

Assistant de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts

Né le 24 Mai 1928, à Paris-2^e

Présentée et soutenue publiquement le

195

A PROPOS D'UN CAS

DE STRABISME CONCOMITANT

AIGU, PSYCHOGÈNE

CHEZ UN ENFANT DE ONZE ANS

Président : M. RENARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CLAUX

Prénom : JEAN-MICHEL

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CLAUX (JEAN-MICHEL). —
A propos d'un cas de strabisme
concomitant aigu, psychogène,
chez un enfant de onze ans. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1957,
in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

CLAUX (JEAN-MICHEL). —
A propos d'un cas de strabisme
concomitant aigu, psychogène,
chez un enfant de onze ans. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1957,
in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

CLAUX (JEAN-MICHEL). —
A propos d'un cas de strabisme
concomitant aigu, psychogène,
chez un enfant de onze ans. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1957,
in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

CLAUX (JEAN-MICHEL). —
A propos d'un cas de strabisme
concomitant aigu, psychogène,
chez un enfant de onze ans. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1957,
in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Michel CLAUX

Assistant de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts

Né le 24 Mai 1928, à Paris-2^e

Présentée et soutenue publiquement le

195

A PROPOS D'UN CAS

DE STRABISME CONCOMITANT

AIGU, PSYCHOGÈNE

CHEZ UN ENFANT DE ONZE ANS

Président : M. RENARD, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaitre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
	Broussais
	Salpêtrière
	Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MÉNÉGAUX (G.)
Clinique de cardiologie	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MOULONGUET
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	QUÉNU (J.)
Clinique de la tuberculose	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	MOUQUIN (M.)
Clinique de puériculture	FÈVRE (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MONOD (R.)
Clinique des maladies du sang	BERNARD (Et.)
Clinique des maladies du système nerveux	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique des maladies des enfants	LELONG (M.)
Clinique des maladies infectieuses	DEGOS (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	CHEVALLIER (P.)
Clinique gynécologique	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	CATHALA
	MOLLARET (P.)
	DELAY (J.)
	FINCK-BRENTANO (P.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Hôtel-Dieu
	Bichat
	Cochin
	Broussais
Clinique médicale propédeutique	DEBRAY (Ch.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales	BOULIN (R.)
	Tarnier
	Baudelocque
	Port-Royal
Clinique ophtalmologique	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	VARANGOT
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	LACOMME (M.)
Clinique psychiatrique infantile	RENARD
Clinique rhumatologique et sociale	AUBIN (A.)
Clinique stomatologique	HAMBURGER
Clinique thérapeutique chirurgicale	HEUYER (C.)
Clinique thérapeutique médicale	COSTE (F.)
Clinique urologique	DECHAUME (M.)
	SÈNÈQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)
	FÉY (B.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale . . .	LAMOTTE (M.)	Physiologie . . .	{ BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		{ DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique	
	PERRAULT (M.)	médicale . . .	{ DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	RAMBERT (P.)		{ GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	THIEFFRY (St.)	Pneumo- phtisiologie . .	KREIS (B.)
	TURIAF (J.)	Psychiatrie . . .	{ BARUK
	BOUVIER		{ PICHOT
	BRICAIRE	Psychiatrie	
	BRISAUD	infantile	MICHAUX (Z.)
	DEROT	Rhumatologie . .	DELBARRE
	MALREZ	Stomatologie . .	{ CHAPUT (Mme A.)
	ROYER		{ CERNÉA (P.)
Pédiatrie . . .	WOLFROMM	Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE
	JOSEPH (R.)		{ PERRAULT
	POLONOVSKI (Cl.)	Urologie	KUSS (R.)
Pharmacologie . .	MOZZICONACCI		
	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)	Clinique	
	HUGUIER (J.)	médicale	{ KOURILSKY (R.)
	LÉGER (L.)		{ MARCHAL (G.)
	PADOVANI (P.)	Clinique	
	ROUX (M.)	obstétricale . . .	{ ESCALLE (G.)
	RUDLER (J.C.)		{ MAYER (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	HAGUENAU (M.) <i>pr.s.ch.</i>	Clinique urologique . . .	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

In memoriam.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON COUSIN

LE DOCTEUR CATINAT

Médecin de l'Hôpital Necker

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENARD

Professeur de la Chaire d'Ophtalmologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRÉGEAT

En hommage de notre profonde admiration et de notre reconnaissance pour les marques de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. POLLIOT

Ophthlalmogiste des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et sans cesse guidé dans notre travail.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre gra-
titude et de notre respectueux attachement.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUMAT

Ophtalmologiste de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous lui exprimons notre gratitude et
notre respectueuse admiration.*

INTRODUCTION

Nous rapportons l'observation du cas du jeune Henri B..., âgé de onze ans, qui a présenté à la suite d'une émotion violente, une diplopie et un strabisme divergent concomitant aigu.

Examiné le surlendemain à la consultation ophtalmologique de l'hôpital Trousseau, on note un strabisme externe, une diplopie croisée dont l'écart est constant dans toutes les positions du regard, l'excursion musculaire est normale, et l'examen orthoptique confirme le caractère concomitant du strabisme.

L'enfant est emmétrope et l'acuité est de 10/10 de chaque œil.

La guérison, c'est-à-dire la disparition de la diplopie et de la divergence avec récupération d'une vision binoculaire normale, est obtenue par un traitement orthoptique d'un mois, avec persistance comme séquelle d'une exophorie.

De tels cas sont rares dans la littérature de strabismes concomitants aigus avec diplopie.

En effet, on a jusqu'à présenté publié seulement une quinzaine de cas de strabismes concomitants aigus convergents.

Nous nous attacherons :

— A envisager la place du strabisme aigu concomitant dans le cadre des classifications des strabismes.

— A caractériser cliniquement les strabismes aigus concomitants.

— A passer en revue les différents cas publiés, envisageant successivement la pathogénie du strabisme aigu concomitant, son diagnostic, son traitement et enfin son pronostic ; chemin faisant, nous tenterons de montrer l'intérêt que peut présenter l'étude des cas de strabismes aigus, pour une meilleure compréhension du strabisme concomitant banal.

OBSERVATION

Le 22 octobre 1955, l'assistante scolaire de l'école départementale de Vitry conduit à la consultation ophtalmologique de l'hôpital Trousseau, un jeune pensionnaire :

Henri B..., vigoureux garçonnet de onze ans, se plaint depuis quarante-huit heures de voir double ; il est très gêné, cache alternativement son œil droit et son œil gauche ; dans son entourage, on a remarqué la perte de parallélisme de ses yeux.

Le premier jour, ses professeurs ont attaché peu d'importance aux dires de l'enfant, croyant certainement à une supercherie, mais le lendemain, ils se rendent à l'évidence et font conduire l'enfant à l'hôpital.

L'enfant raconte que l'avant-veille, le 20 octobre, alors qu'il était en récréation, à 18 heures précises, dit-il, il a vu, tout à coup, ses camarades et les objets qui l'entouraient : double.

Nous lui demandons alors de préciser dans quelles conditions cette diplopie soudaine est apparue. À regrets, tout ému, il nous raconte que deux camarades plus âgés et plus grands que lui s'étaient cachés derrière un arbre dans la cour et lui avaient fait une peur effroyable en poussant tout à coup de grands cris perçants. C'est alors que, brutalement, il a vu double.

C'est la première fois que l'enfant est séparé de ses parents et qu'il est interne, ce qui explique l'importance qu'a eue cette fâcheuse plaisanterie anodine de ses camarades.

L'examen révèle une divergence évidente des deux yeux et l'étude du reflet de l'ophtalmoscope montre une déviation voisine de 15 degrés.

L'excursion musculaire se fait normalement dans toutes les directions du regard, et il persiste, quelle que soit la position des yeux, le même écart des axes visuels ; aucune ébauche de convergence n'est retrouvée.

Les pupilles sont égales et se contractent bien à la lumière ; la skiascopie est normale avant et après instillation d'atropine et l'acuité visuelle est de 10/10^e à chaque œil.

À l'écran, la déviation secondaire est égale à la déviation primaire.

Comme l'enfant répond assez bien, nous précisons les modalités de la diplopie à l'aide du verre rouge ; nous nous assurons de la véracité de ses réponses en plaçant le verre rouge alternativement sur chaque œil.

Il s'agit d'une diplopie croisée, et les deux images sont vues également distantes, l'une de l'autre, quelle que soit la direction du regard.

L'enfant est alors installé devant le test rouge-vert de Lancaster et nous obtenons un tracé fait de deux carrés dont la taille est normale, mais qui se trouvent déplacés vers l'extérieur de 6 ou 7 carrés, traduisant une divergence sans hyperaction des abducteurs.

S'appuyant sur le principe des images récurrentes de Hering, on fait fixer par un œil, pendant vingt secondes, le milieu d'un filament lumineux vertical, tandis que l'autre œil est caché. Puis, obturant le premier œil, on fait fixer par le second, pendant le même temps, un filament lumineux horizontal. En fermant alors les deux yeux, puis en s'aidant de l'intervallomètre, on fait apparaître une croix dont les deux branches se croisent en leur centre. Il y a alors correspondance rétinienne normale, ou mieux correspondance cérébrale normale (RENARD). Le jeune Henri voit facilement la croix lorsque l'on pratique le test de Bielschowsky.

Au synoptophore, l'angle mesuré est de — 16 dioptries.

Il existe un premier degré, c'est-à-dire la perception maculaire simultanée, et l'enfant voit le « soldat dans la guérite » à — 16 dioptries.

Le deuxième degré est retrouvé à cet angle et l'enfant fusionne soit avec le test dit du « Pierrot », soit avec le test du « Chat » beaucoup plus précis.

Par contre, il n'existe aucune amplitude de convergence.

L'ensemble de ces examens montre donc l'existence d'un strabisme divergent, concomitant avec diplopie croisée.

Un examen oculaire complet montre l'intégrité du fond d'œil et une parfaite transparence des milieux.

Un examen général ne révèle aucune anomalie somatique.

L'examen neurologique confié au spécialiste confirme l'absence de signes neurologiques associés. La radiographie ne montre aucune anomalie crânienne.

Un examen électro-encéphalographique est néanmoins pratiqué, il n'objective aucun particularité de tracé tant les yeux ouverts que fermés ; l'hyperpnée est aussi sans effet sur le tracé.

Nous attachons une valeur toute particulière à l'examen neuro-psychiatrique. Il montre, en effet, que l'âge mental de l'enfant (neuf ans trois cinquièmes) est légèrement décalé de son âge somatique ; le quotient intellectuel est de 0,87 au test de Binet-Simon.

De plus, le caractère confidentiel de l'examen permet de préciser l'importance de l'émotion et du choc qu'a ressentis l'enfant à la rentrée scolaire lors de la séparation d'avec sa famille. Dès que l'on s'intéresse à son cas, il prend confiance et répond fort bien aux questions ; c'est ainsi qu'il raconte de nouveau au spécialiste le début brutal de sa diplopie à l'instant même où il éprouvait cette grande frayeur.

Nous avons demandé aux parents de venir nous voir pour préciser les antécédents personnels et familiaux du jeune Henri.

Sa mère nous a déclaré avoir eu une grossesse normale, avoir accouché à terme sans incident. Le nouveau-né a crié immédiatement.

La croissance de l'enfant n'a été entravée que par quelques maladies infantiles banales.

Notons qu'il n'est pas gaucher.

Le garçonnet ne s'est jamais plaint de ses yeux ; d'ailleurs, les examens systématiques pratiqués les jours précédents, lors de la rentrée à l'école de Vitry, constataient une acuité normale.

Il a deux sœurs et un frère bien portants n'ayant jamais porté de correction optique ; les parents sont également en bonne santé et ne présentent pas de strabisme.

Aux termes de ces investigations, on conclut à l'existence d'un strabisme divergent concomitant aigu, d'apparition brutale déclenchée par une vive émotion, et l'on prescrit un traitement médical banal, sédatif et tonique.

Le jeune Henri est revu la semaine suivante ; il a été gêné car la diplopie persiste ainsi que le strabisme divergent.

L'acuité visuelle est toujours de $10/10^e$ de chaque œil.

Au synoptophore, la perception maculaire simultanée est retrouvée à — 16 dioptries, mais la fusion ne peut être trouvée ni avec le test du « Pierrot », ni avec celui du « Chat ».

La disparition de la fusion fait alors décider une série d'exercices orthoptiques, au synoptophore.

Lors de la deuxième séance, la fusion non fixe existe à — 16 dioptries, et dès la cinquième séance la fusion fixe existe mais sans aucune amplitude de fusion.

A partir de la cinquième séance, l'orthoptiste peut faire travailler la convergence de l'enfant à la fin de chaque séance à l'aide des prismes, car il « rattrape » à certains moments.

Vers la dixième séance, l'amplitude de convergence atteinte permet la fusion de — 16 à + 60.

À la trentième séance, l'amplitude est maxima, il n'y a plus de diplopie et l'on retrouve simplement une exophorie.

On peut alors mesurer cette phorie à la baguette de Maddox :

— exophorie de loin : X 10 ;

— exophorie de près : X' 12.

Au synoptophore :

— premier degré : — 10 dioptries ;

— deuxième degré : au même angle, avec amplitude de fusion de — 20 à + 80.

Au diploscope : l'enfant voit D.O.G.

La lecture contrôlée est possible.

Les mois suivants, l'enfant a été suivi régulièrement ; il n'a plus jamais revu double, mais présente toujours une exophorie discrète retrouvée avec le verre de Maddox.

Au synoptophore, l'amplitude de fusion va de — 20 à + 80 ; le test de Lancaster concrétise l'exophorie résiduelle discrète.

En conclusion, il s'agit d'un cas de strabisme divergent concomitant, aigu, d'origine émotionnelle, ayant guéri par un simple traitement orthoptique d'un mois.

En effet, il ne s'agit pas d'un strabisme paralytique, car la diplopie est constante dans toutes les positions du regard et n'augmente pas dans certaines directions. Ce n'est pas non plus une exophorie car, du moins au début, l'enfant ne peut rattraper l'écart existant entre ses axes visuels, et qu'il existe une diplopie de loin comme de près, objectivée par l'épreuve au verre rouge et le test de Lancaster.

Il est essentiel de noter qu'à chaque examen l'acuité visuelle a toujours été de 10/10^e et qu'une réfraction pratiquée après instillation de collyre au sulfate d'atropine n'a révélé aucune amétropie.

PLACE DU STRABISME AIGU PARMI LES AUTRES STRABISMES

Pour pouvoir intégrer les strabismes aigus concomitants dans le cadre des autres strabismes, nous devons envisager les différentes classifications qui ont été proposées pour cette affection.

Nous proposons, pour la commodité de l'exposé, le plan suivant qui a l'avantage d'être clair, sinon de respecter certaines classifications proposées.

Nous envisagerons successivement la classification selon :

- le type du strabisme ;
- la cause du strabisme ;
- la date d'apparition du strabisme.

I. — CLASSIFICATION SELON LE TYPE DU STRABISME

Deux grandes catégories s'opposent :

1° LES STRABISMES PARALYTIQUES, dans lesquels :

- L'excursion du globe est limitée dans une direction.
- Il existe une diplopie souvent compensée par attitude de la tête.
- L'angle du strabisme varie avec la direction du regard.
- L'apparition du strabisme est brutale et l'on retrouve une étiologie fournie par les signes neurologiques associés.

2° LES STRABISMES CONCOMITANTS, dans lesquels :

- L'excursion du globe n'est pas limitée dans une direction.
- Il n'existe pas de diplopie par suite du processus de neutralisation ou en raison d'une amblyopie.

— L'angle du strabisme est constant dans toutes les positions du regard.

— L'apparition du strabisme est le plus souvent progressive.

3° En fait, le départ entre les uns et les autres est très délicat à établir :

— car le strabisme paralytique ancien peut se comporter comme un strabisme concomitant en raison de l'apparition d'une neutralisation ;

— car certains strabismes concomitants peuvent présenter une limitation de l'excursion du globe lors de certains mouvements, par suite d'une hyperaction des antagonistes ;

— car il existe aussi des strabismes concomitants où l'on observe une diplopie et c'est justement le cas des strabismes concomitants aigus.

Quoi qu'il en soit, le problème est de savoir si au tout début des strabismes concomitants banaux, il n'y aurait pas une diplopie par la suite éliminée par la neutralisation.

Les strabismes concomitants ont été classés en convergents ou divergents avec ou sans composantes verticales :

— les uns, *unilatéraux*, avec amblyopie plus ou moins accentuée susceptible ou non de réagir à l'occlusion ou à toute autre méthode, ou plus simplement, avec neutralisation fixée d'un œil ;

— les autres, *alternants*, avec acuité visuelle égale des deux yeux et neutralisation alternée.

II. — CLASSIFICATION SELON LA CAUSE DU STRABISME

Les strabismes peuvent être classés selon leur étiologie qui peut être *motrice* ou *sensorielle* (BRAUN-VALLON).

1° ETIOLOGIE MOTRICE

a) Il peut s'agir d'une séquelle de paralysie, avec légère diminution de l'action d'un muscle et hyperaction de son antagoniste, ou altération congénitale d'un muscle ou de ses expansions.

Cette paralysie peut être congénitale ou être due au traumatisme obstétrical.

b) On peut invoquer aussi une altération de la synergie entre accommodation et convergence dans les vices de réfraction, et par suite, dans la genèse du strabisme. Il peut, là aussi, s'agir d'une lésion congénitale ou acquise par exemple à la suite d'une encéphalite.

2° ETIOLOGIE SENSORIELLE

La lésion sensorielle à l'origine du strabisme peut être :

soit périphérique :

- vice de réfraction non corrigé ;
- lésion des membranes oculaires ;
- amblyopie ;

soit centrale :

- trouble des voies de conduction ;
- trouble de la perception binoculaire à son étage le plus élevé.

En réalité, il y a souvent intrication de ces deux processus périphérique et central.

Quoi qu'il en soit, on retrouve très souvent une cause sinon déclenchante, sinon révélatrice du strabisme qui peut être une maladie infectieuse, une poussée dentaire, des convulsions, une encéphalopathie discrète, enfin une peur, une émotion qui prend tout son relief sur un terrain psychique spécial ou prédisposé.

De même, il est remarquable de constater que s'il n'existe pas à proprement parler une hérédité strabique, il est hors de doute qu'il existe une prédisposition familiale au strabisme.

III. — CLASSIFICATION SELON LA DATE D'APPARITION DU STRABISME

Il peut s'agir :

- soit d'un strabisme congénital, mais qui le plus souvent est un strabisme paralytique ;
- soit d'un strabisme de première enfance ;
- soit le plus souvent d'un strabisme de deuxième enfance correspondant au tout début de la scolarité, ce type de strabisme représente l'immense majorité des hétérotropies non paralytiques ;

- soit quelquefois, d'un rare strabisme aigu de la puberté, dont notre cas entre autres est un exemple ;
- soit enfin, le rarissime strabisme aigu concomitant de l'adulte.

La différence essentielle entre les strabismes concomitants de l'enfance et de l'âge adulte serait l'existence dans ces derniers d'une diplopie ; on peut se demander si, au tout début des strabismes concomitants de l'enfance, il n'existe pas au moins temporairement une diplopie passant inaperçue.

Nous allons envisager l'importance relative des différents types de strabismes concomitants à la consultation ophtalmologique de l'hôpital Trousseau.

La statistique porte, sur des malades observés, de septembre 1949 jusqu'en décembre 1956.

En déduisant du nombre global de consultants les examens pratiqués chez les membres du personnel hospitalier et les examens du fond d'œil demandé par les autres services, nous trouvons un chiffre de TREIZE MILLE NEUF CENTS CONSULTANTS environ.

Sur 13.900 nouveaux consultants, il a été demandé 591 examens orthoptiques.

Ces 591 examens se répartissent ainsi qu'il suit :

Résultats de l'examen musculaire	Nombre de cas
Strabismes concomitants alternants convergents	235
Strabismes concomitants alternants divergents	35
Strabismes monoculaires convergents	84
Strabismes monoculaires divergents	8
Strabismes intermittents convergents	14
Strabismes intermittents divergents	16
Strabismes aigus convergents concomitants	0
Strabismes aigus divergents concomitants	1
Exophories	125
Esophories	73

Nous obtenons ainsi un pourcentage de strabiques concomitants de 4 % environ et un pourcentage d'hétérophoriques de 1,5 % environ.

Notre cas de strabisme aigu est le seul cas retrouvé sur un total de 14.000 consultants.

CARACTERES CLINIQUES DES STRABISMES AIGUS CONCOMITANTS

Nous étudierons les caractères cliniques des strabismes aigus en les opposant aux autres strabismes et aux hétérophories.

Ils s'opposent aux strabismes concomitants banaux par leur apparition brutale dont le moment exact est souvent précisé par le malade.

Cette apparition brusque se fait par une diplopie brutale, diplopie dans la vision de loin et dans la vision de près, dont les modalités sont fonction du type de strabisme aigu.

Ainsi, dans le strabisme aigu convergent la diplopie est homonyme alors que dans le strabisme aigu divergent la diplopie est croisée.

En général, il n'existe pas de vice de réfraction, sauf dans les cas de strabisme aigu convergent apparaissant chez les sujets adultes myopes.

Il est essentiel d'examiner très soigneusement la réfraction par les méthodes objectives et subjectives avant et après paralysie de l'accommodation par instillation de collyre à l'atropine. En effet, dans certains cas de strabisme aigu concomitant convergent, on a pu noter en même temps qu'une déviation en dedans et qu'une diplopie, un spasme de l'accommodation, lié à un spasme de la convergence. On a même dans certains cas observé un myosis par spasme du sphincter de l'iris associé au spasme de l'accommodation.

Le déclenchement du strabisme aigu, s'il est parfois dû à un choc physique minime, est le plus souvent sous la dépendance d'un choc psychologique : peur, émotion violente, contrariété...

Lorsque l'on pratique à intervalles réguliers les examens cliniques et orthoptiques, on voit disparaître les éléments de la vision binoculaire, par ordre hiérarchique, en même temps que se constitue plus ou moins rapidement une neutralisation.

Contrairement au strabisme concomitant banal, il semble qu'on peut observer le strabisme aigu à tous les âges. En effet, si on l'observe volontiers à partir de la puberté chez l'adolescent et chez l'adulte,

il est fort possible que bons nombres de strabismes concomitants débutent par une diplopie. Mais la facilité qu'ont les jeunes enfants à neutraliser et la difficulté de l'interrogatoire chez eux, explique que la diplopie puisse passer inaperçue.

Le traitement, par opposition à celui du strabisme alternant, est en général satisfaisant, et la guérison est souvent obtenue par quelques exercices orthoptiques ; néanmoins, dans certains cas une intervention chirurgicale minime est nécessaire.

Sous l'influence de cette thérapeutique, l'enfant récupère les différents degrés de la vision binoculaire dans l'ordre inverse où il les a perdus. C'est ainsi, en pathologie générale, un des rares cas de disparition d'une fonction à la suite d'un choc psychique et de récupération par un traitement médical, voire même chirurgical.

S'agit-il d'une forme évoluée d'hétérophorie ?

Il ne semble pas en être ainsi car l'hétérophorie débute progressivement et ne s'accompagne jamais d'une diplopie permanente ; et à tout moment un effort permet à l'enfant de remettre ses yeux droits et de récupérer une vision binoculaire.

Peut-on rapprocher ces cas des hétéotropies auxquelles un travail récent a été consacré () ?*

Non. Car il s'agit là de sujets ayant une vision binoculaire fragile et la possibilité de neutraliser facilement. Ces strabismes intermittents sont assez fréquents et passent souvent inaperçus, par suite de l'absence de signes fonctionnels, ce qui les oppose bien aux strabismes aigus.

(*) Thèse du Docteur LESAGE, Paris, 1956.

REVUE DES CAS PUBLIES DE STRABISMES AIGUS CONCOMITANTS

Nous trouvons deux grands groupes de strabismes concomitants aigus, les uns *divergents*, les autres *convergers*.

Ils sont rares dans la littérature quel qu'en soit le type, et il existe un nombre de cas de strabismes aigus convergers plus important que de strabismes divergers.

Pourquoi en est-il ainsi ? On peut penser qu'il en est pour les strabismes aigus comme pour les strabismes banaux, et que les déviations en dehors soient beaucoup plus rarement retrouvées que les déviations en dedans. Cette différence de fréquence s'expliquerait par le nombre plus grand de cas d'hypermétropie que de cas de myopie, et par l'importance de la liaison accommodation-convergence. Cette disproportion est d'autant plus nette que les parents remarquent plus facilement une divergence même réduite qu'une convergence s'accusant dans la vision de près.

Dans les publications, ainsi, nous trouvons une quinzaine de cas de strabismes aigus convergers.

Une des premières descriptions remonte à 1913 et est due à LAGLEIZE.

C'est TERSON, en 1935, qui présente le premier cas détaillé d'hétéroptropie aiguë :

« Le Docteur R..., mon ami depuis plus de trente ans, meurt d'une
« pneumonie le 23 janvier 1934. Sa petite fille Nicole, âgée de neuf
« ans et demi, désolée, sort le 26 au matin ; son œil *droit* reçoit par
« grand vent une volée de poussières. Malgré les lavages, l'œil reste
« irrité toute la journée ; le lendemain, il est encore rouge et un peu
« douloureux, sans autre aspect anormal. Le 28 au soir, la mère me
« téléphone parce que cet œil est très dévié vers le nez depuis le
« déjeuner. La petite louche et voit les objets multipliés. Je l'examine
« le lundi 29.

« L'œil *droit* présente une déviation interne de 40°. La diplopie
« horizontale homonyme me fait penser tout de suite à une paralysie
« de la sixième paire. Or, la suite de l'examen montre une *complète*

« excursion temporaire du globe, maintenue sans saccades, mais se
« produisant un peu lentement, quoique sûrement, et comme freinée
« par un droit interne contracturé. Le champ de regard est normal.
« L'énorme strabisme interne ne paraît pas justifiée par une impotence
« du droit externe.

« Aucune lésion oculaire : O.D. : V = 1 avec 0°-0,50 ; O.G. :
« V = 1 avec 0°-0,75.

« La malade passe pour émotive. Elle a eu la rougeole et la scar-
« latine sans troubles oculaires graves. Il est difficile, dans une famille
« amie, de procéder, chez un enfant, à des B.W. plus ou moins révê-
« lateurs. L'enfant, ses père et mère paraissent et se disent bien
« portants. La petite n'a jamais eu de convulsions ni de "crises de
« nerfs". Y a-t-il spasmophilie ? Y a-t-il tétanie ? Le signe de Chvos-
« tek existe, mais peu accentué.

« J'envisageai cet intense strabisme interne, inopiné après choc
« psychique (deuil cruel) et léger choc physique sur cet œil, après
« incubation, comme une déviation hypersthénique, puisque je n'en
« trouvais pas de motif du côté du droit externe et je résolus de le
« traiter comme une contracture névrosique. J'affirmai à la petite fille
« qu'elle guérirait bientôt sans opération, et je prescrivis une potion
« avec 1 gramme de bromure, 0,25 g d'iodure de potassium par jour,
« plus deux paires de lunettes. La première avec O.D. en demi-lune.
« opaque pour supprimer la diopie, à la façon de Terrien, et O.G.
« le cylindre antiastigmatique ; la seconde avec O.D. cylindre correc-
« teur, et O.G. verre totalement opaque. La première paire fut em-
« ployée seule, jusqu'à nouvel avis. Pas d'atropine, pas d'exercices
« orthoptiques.

« Etat stationnaire pendant une semaine. Puis le strabisme s'atté-
« nua doucement. Au début de la quatrième semaine, il n'en restait
« que 15°. Alors l'œil droit fut contraint de travailler seul avec la
« paire de lunette à O.G. opaque. La septième semaine, l'attitude
« vicieuse avait disparu, et J. JOSEPH, auquel j'avais l'opportunité de
« montrer l'ex-malade, constatait l'intégrité des fonctions oculaires et
« binoculaires.

« Ce cas majeur m'a paru instructif pour nombre de raisons.

« C'est d'abord une *véritable expérience*, combinée *sur un seul*
« *œil*, dans le déséquilibre par le choc nerveux général et un minime
« choc local, assez irritant et prolongé toutefois. »

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. MORAX dis-
cute un spasme du muscle droit interne, ou une paralysie du moteur
oculaire externe. Mais le rapporteur défend l'origine « psycho-soma-
tique », comme l'on dirait actuellement, et répond ainsi qu'il suit :

« M. MORAX me suspecte probablement de nouvelles et regret-
« tables velléités pathogéniques, à réprimer, et dont il ne veut rien

« savoir, car, dans le cas présenté, quelle que soit son opinion sur
« le mécanisme clinique, il omet toute explication de cette brusque
« déviation de l'œil, après bouleversement nerveux général, et, peu
« après, léger choc local de cet œil, seul irrité. Là est pourtant l'inté-
« rêt de l'éclosion de ce strabisme, cédant ensuite à une médication
« de détente, à des " antispasmodiques " (pourquoi pas les vieux mots.
« quand et seulement quand ils sont exacts ?). Tout cela cadre avec
« une pathogénie, ni plus ni moins mystique, mystifiante ou mysté-
« rieuse que celle de certains troubles neuro-moteurs non simulables
« qui excluent le pithiatisme de Babinski, mais où le traitement médi-
« cal permettra de guérir quelques strabismes de plus. »

En 1936, BAILLART publie un cas voisin dans lequel il s'agit d'un spasme de la convergence associé à un spasme de l'accommodation.

« Jacqueline M... est amenée parce qu'elle louche depuis huit
« jours et voit double ; c'est la troisième fois que ce strabisme se
« produit ; il dure chaque fois huit jours. Cette fois, c'est à la suite
« d'une peur : la patte d'un chat qui lui frôle la figure. Il s'agit d'un
« strabisme convergent de 40 degrés, strabisme intermittent qui appa-
« raît et disparaît. L'enfant est hypermétrope de 1 dioptrie, le stra-
« bisme s'accompagne de myosis.

« Un traitement qui consiste en la novocaïnisation du muscle droit
« interne gauche amène la disparition du strabisme. »

Dans la discussion qui suit, TERRIEN répond :

« Le début brusque de cette affection n'est pas rare. Combien
« est-il arrivé souvent à beaucoup d'entre nous d'entendre les parents
« nous dire que la déviation des yeux de leur enfant était apparue
« tout à coup, la veille ou quelques jours auparavant, à l'occasion
« d'une fatigue ou d'une émotion, et que celui-ci dont les yeux étaient
« jusque-là normaux, s'était réveillé dans l'état où il nous le présen-
« tait avec un œil plus ou moins dévié. »

Le Docteur JOSEPH intervenait alors dans la discussion en rapprochant le strabisme aigu du strabisme concomitant banal.

« Pour ce qui est de la diplopie, sa persistance, dans ce cas, ne
« me semble pas emporter la conviction qu'il ne s'agit pas d'un simple
« strabisme intermittent. Il est possible, et beaucoup l'admettent,
« qu'elle existe au prime début des strabismes, qu'elle est passagère,
« passe inaperçue, et qu'elle n'est pas signalée par les malades très
« jeunes le plus souvent à cette époque, elle précède la phase de neu-
« tralisation, suivie de celle de l'amblyopie, par défaut d'usage. La
« résurrection de diplopie soit au cours du traitement orthoptique,
« soit après les redressements opératoires, me paraît militer en faveur
« de cette hypothèse. »

Plus récemment, on a voulu dissocier deux grands types de strabismes convergents aigus concomitants.

— *Un premier grand type est constitué par le type Bielschowsky.* On l'observe chez des adultes le plus souvent présentant un terrain névropathique bien spécial, c'est en général un myope assez fort qui présente brutalement un strabisme convergent avec diplopie.

Les premiers cas ont été décrits par BIELSCHOWSKY en 1922, et son nom est resté attaché à ce type de strabismes. On en trouve une description complète dans le livre de MALBRAN.

Récemment, FRANCESCHETTI et MOUTINHO ont observé deux cas de ce type : l'un chez un psychopathe de vingt-sept ans, ayant une myopie de — 9 dioptries et un angle de 20 degrés, à la suite d'un traumatisme de la région orbitaire gauche ; l'autre chez un autre psychopathe de quarante ans ayant une myopie de — 11 dioptries, et de 18 dioptries pour l'autre œil, et une exotropie de 28 degrés, à la suite d'un voyage en mer.

Deux autres cas de ce type ont été dernièrement décrits par DUBOIS-POULSEN, BEN MANSOUR et ATTANE qui se sont attachés à étudier le champ visuel de ces strabismes aigus.

— *Un deuxième grand type a été défini en 1947 par FRANCESCHETTI et BISCHLER.*

Ce type s'observe chez des individus emmétropes ou légèrement hypermétropes, la diplopie existe de loin comme de près ; ce type de strabisme peut s'observer à tous les âges.

Dans le cas de FRANCESCHETTI :

« Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans en parfait état physique et psychique qui, vers la fin de ses examens d'école supérieure, présenta brusquement un strabisme convergent très prononcé avec diplopie : on pensa à une origine paralytique et l'on pratiqua des investigations très poussées, et même une ponction lombaire, mais sans résultat. Lors de l'examen de la malade, les auteurs ont trouvé un angle de strabisme de 20 degrés, constant dans toutes les directions du regard. Vision normale, skiascopie + 0,50 des deux côtés. Après raccourcissement du droit externe et résection du droit interne droit, la vision binoculaire se rétablit malgré une exophorie résiduelle de 7 degrés. »

Si, au début, on considérait le strabisme aigu comme l'apanage de l'adulte, il semble qu'actuellement on admette qu'on l'observe aussi chez l'enfant. Le cas de TERSON intéressait un enfant de neuf ans et

« demi ; celui de BAILLART, un enfant âgé de huit ans ; celui de MEUNIER, en 1952, un enfant de quatre ans, ainsi que celui de R. DE SAINT-MARTIN :

« Il s'agit, dans le cas actuel, d'un enfant de quatre ans et demi, le petit Alain B..., qui m'est conduit le 26 septembre 1955 parce que son œil gauche est dévié en très forte convergence depuis environ cinq mois.

« Alain a un frère aîné, six ans et demi, une petite sœur, deux ans. Ils n'ont jamais, pas plus que lui-même auparavant, présenté de strabisme. Il n'en existe pas davantage chez les parents, ni dans leurs familles respectives.

« C'est un enfant bien constitué, en excellente santé, qui n'a jamais eu de maladies sérieuses. Mais il a souffert quelques jours avant que le strabisme se manifeste, de très violentes rages de dents, lui ôtant appétit et sommeil. Au moment des crises, il se roulait par terre en criant. D'apparence calme et timide, il est cependant très nerveux, sujet à de violentes colères au cours desquelles il se roule également, par terre, en poussant des cris.

« La déviation oculaire s'est d'abord produite par intermittence, puis après quatre à cinq jours est devenue permanente.

« L'enfant a été aussitôt conduit chez un oculiste qui a prescrit de l'atropine et des fortifiants ; mais depuis, aucune amélioration n'a été observée.

« Le strabisme est strictement unilatéral ; la déviation est considérable. Elle reste constante dans les diverses directions du regard. La motilité oculaire est correcte et son amplitude normale en tous sens. Lorsque l'on fait dévier les yeux vers la gauche, l'œil gauche se reporte très vite en convergence, et celle-ci s'accroît si l'on insiste, sous l'influence d'une importante réaction de fuite.

« Les pupilles sont égales : la mydriase atropinique est maximale. La réfraction est emmétropique ; l'acuité visuelle semble normale et identique aux deux yeux (l'enfant très timide répond mal). La diplopie est difficile à mettre en évidence. Les épreuves de Worth et de Lancaster ne peuvent être interprétées, tant les réponses sont fantaisistes. Cependant l'épreuve au verre rouge est nettement positive.

« La constatation de cette diplopie rappelle aussitôt à la mère que le petit Alain fermait le plus souvent son œil gauche avec la main lorsqu'il voulait saisir un objet ou se diriger dans la rue, geste qu'elle ne s'expliquait pas et auquel elle n'avait pas attaché d'importance bien qu'il fut inhabituel.

« L'angle objectif du strabisme, mesuré au synoptophore, est de 45°. La déviation primaire et la déviation secondaire sont identiques.

« Le diagnostic de strabisme convergent concomitant aigu est donc
« évident. Pour éliminer l'hypothèse de contracture du droit interne,
« je conseille la continuation de l'atropine deux semaines encore, en
« lui associant un sédatif nerveux à dose fort (10 cg de gardénal par
« vingt-quatre heures). J'avertis les parents qu'en cas d'échec il sera
« nécessaire de redresser l'œil chirurgicalement sans plus tarder.

« L'enfant m'est ramené à la date convenue ; aucune modification
« du strabisme ne s'est produite. La diplopie a pu être constatée à
« de nombreuses reprises par la mère à qui le petit garçon déclarait
« qu'il la voyait double, lorsqu'elle se plaçait en face de lui ou à
« sa gauche.

« L'intervention est pratiquée le 25 octobre 1955 sous anesthésie
« générale. Elle consiste en la résection de 1 cm des deux droits
« externes ; les muscles, par ailleurs d'apparence et d'épaisseur tout
« à fait normales, étant suturés au catgut sur l'insertion primitive.
« sans participation de la capsule. On obtient ainsi une divergence
« bilatérale d'environ 5°.

« Le 2 novembre, le synoptophore montre une exophorie de 5° ;
« la fusion simultanée (premier degré) est facilement obtenue à cet
« angle.

« Le 4 novembre, elle s'effectue à 0° ; très rapidement le deuxième
« degré est acquis. La rectitude des yeux est parfaite.

« Après quelques séances de rééducation au cours desquelles la
« fusion est toujours correcte, l'enfant rentre chez lui, restant soumis
« à une atropinisation modérée et à 5 cg de gardénal quotidien.

« Il a été revu ces jours derniers ; la situation ne s'est pas modifiée.
« L'exophorie résiduelle de 5° persiste cependant, mais la fusion est
« parfaite à 0° et son amplitude est de 10 dioptries. L'acuité visuelle
« est de 7 à 8/10° aux deux yeux. »

*Par contre, il n'a pas été possible de retrouver d'autres cas de
strabismes concomitants aigus mais cette fois divergents.*

Il en existe certainement, mais ils n'ont pas été l'objet de publication.

Ainsi le strabisme concomitant aigu :

— *Peut être favorisé* par l'existence d'une myopie et d'un terrain névropathique spécial ; dans tous les cas il est toujours déclenché par un choc émotionnel. A ce propos, nous rappellerons les travaux nombreux consacrés aux incidences neuro-psychiatriques du strabisme chez l'enfant.

De ces observations, nous retirerons deux exemples de HUGONNIER et THÉVENIN, où l'origine du strabisme est nettement psychogène. Ils citent d'abord le cas :

« d'une fille de six ans présentant un léger strabisme convergent
« d'apparition précoce qui s'est aggravé très nettement après le sui-
« cide dramatique de la mère »,

puis celui :

« d'un garçon de cinq ans d'un niveau intellectuel supérieur à la
« normale, mais anxieux avec terrain affectif fragile, qui a présenté
« une rougeole bénigne sans aucune complication. C'est pendant la
« convalescence de celle-ci que la naissance d'une petite sœur très
« mal acceptée affectivement a provoqué l'apparition d'un net stra-
« bisme convergent de l'œil gauche ».

— *Evolue favorablement* sous l'influence d'un traitement orthop-
tique ou chirurgical. Il constitue sous les yeux de l'observateur un
véritable strabisme expérimental.

PHYSIO-PATHOGENIE DU STRABISME AIGU

Si tous les auteurs s'accordent généralement pour reconnaître la réalité clinique que constituent les strabismes aigus, les théories pathogéniques, par contre, sont fort diverses.

— *Pour les strabismes convergents aigus*, on a invoqué un éventuel spasme de la convergence et l'on se souvient du cas de BAILLART dans lequel on avait noté qu'un myosis et un spasme de l'accommodation accompagnaient le strabisme. La novocaïnisation du muscle droit interne entraînait la disparition du strabisme.

Mais dans bien des cas, ce spasme de la convergence, associé ou non à un spasme de l'accommodation, n'a pas été retrouvé. On a alors invoqué une atteinte du centre de la convergence avec inhibition de toute divergence. On a invoqué aussi une réaction de fuite par une véritable phobie de la diplopie.

« L'apparition de la diplopie déclenchant alors le mouvement de « fuite cherchant à diminuer la gêne qu'elle provoque. »

Pour certains, une paralysie oculo-motrice, paralysie uni ou bilatérale du droit externe, serait à l'origine de l'hétérotropie. Mais le caractère de la diplopie, la distance constante des deux images quelle que soit la position du regard, incriminent cette théorie. Il faut remarquer qu'en présence d'un strabisme aigu, la première pensée du médecin est pour une paralysie oculo-motrice.

— *Dans le cas qui nous intéresse spécialement ici de strabisme divergent aigu*, on peut invoquer dans un souci de parallélisme avec le strabisme aigu convergent, un spasme d'un ou des deux muscles droits externes.

Il semble qu'il est préférable d'invoquer soit une augmentation du tonus de la divergence, mais alors considérée comme un élément actif, soit une diminution du tonus de la convergence.

Il est généralement admis que le centre de la convergence se situe au niveau du noyau de Perlia, rattaché au groupe complexe des noyaux

du nerf moteur oculaire commun. Il peut ainsi s'agir d'une lésion de nature indéterminée de ce centre et qui peut créer soit une excitation de la convergence, soit une diminution de la convergence, comme c'est le cas dans notre observation.

Si l'on invoque une augmentation de la divergence, cela suppose qu'il existe un centre de la divergence, et cela sous-entend aussi que la divergence est un phénomène actif. Aucune preuve de l'existence de ce centre n'a pu être fournie et la divergence « active » est peut-être un simple relâchement de la convergence.

Ainsi, si pour certains il existe un centre actif de la divergence, pour d'autres il y aurait bien divergence active mais très discrète, car au repos les axes visuels seraient en légère divergence.

Pour POSNER, il s'agirait d'une anomalie de l'équilibre musculaire tonique, par retour à une tendance naturelle et atavique. On observerait ainsi, chez l'homme, deux degrés de contrôle des yeux :

- l'un, rudimentaire, qui détermine leur position latérale ;
- l'autre, évolué, qui détermine la position frontale et parallèle des axes visuels.

Enfin, pour SCOBÉE, la divergence serait passive. La position de rectitude des yeux fait en effet un angle avec l'axe anatomique de l'orbite, qui serait la position de repos. Ainsi, il faudrait un certain tonus permanent de convergence pour obtenir le parallélisme des axes visuels.

Si l'on rapproche ces faits de notre observation, il semble bien que notre jeune strabique qui ne possédait plus aucune possibilité de converger, se trouvait dans une telle position dite « de repos » ; cette position entraînant strabisme et diplopie.

Ce processus est plus satisfaisant pour l'esprit qu'un éventuel spasme de la divergence.

Mais quelle est la véritable cause de cette lésion du centre de la convergence ?

- S'agit-il d'une lésion anatomique ?

La disparition rapide de la diplopie, la récupération d'une convergence normale semblent bien s'opposer à cette éventualité, d'autant qu'aucun signe neurologique associé n'a pu être trouvé.

- S'agit-il d'une action inhibitrice passagère s'exerçant sur le centre de la convergence ?

Le déclenchement brutal de la divergence sous l'influence d'une émotion violente survenant sur un terrain psychique spécial, milite en faveur de cette dernière hypothèse.

Qu'il s'agisse d'un strabisme aigu divergent ou convergent, on observe une disparition progressive :

- de la fusion qui devient d'abord intermittente ;
- de la perception maculaire simultanée même qui, en l'absence de traitement, disparaîtrait très rapidement.

C'est ainsi qu'on peut se demander si, chez l'enfant, tout ne se passerait pas comme si « le strabisme débutait par une diplopie rapidement éliminée par une neutralisation ».

Dans toutes ces observations, un fait essentiel est retrouvé, sauf dans les cas du type Bielschowsky : c'est une acuité visuelle égale des deux yeux et l'absence de tout vice de réfraction avant et après apparition du strabisme.

Nous pensons pouvoir déduire de ces faits que si le pronostic de ces strabismes avec diplopie est favorable, il semble que cela soit dû en grande partie à ce qu'il existait auparavant une vision binoculaire. En d'autres termes, avant l'apparition brusque du strabisme, l'enfant possédait un premier et un deuxième degré, ainsi qu'une correspondance cérébrale normale, et l'on peut penser que la récupération rapide peut se produire par suite de la conservation ou de la récupération rapide de ces fonctions. Nous savons de même que les chances de guérison complète, c'est-à-dire avec résultat esthétique et surtout restauration de la vision binoculaire, sont beaucoup plus fréquentes et durables lorsque la correspondance cérébrale est normale et qu'il existe un premier et un deuxième degré au sinoptophore.

DIAGNOSTIC DU STRABISME

DIAGNOSTIC POSITIF

Nous ne l'envisagerons pas de nouveau, ayant suffisamment insisté sur ses caractères : apparition brusque sous l'influence d'un choc psychique et caractérisé par un strabisme concomitant avec diplopie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les strabismes aigus s'opposent aux strabismes paralytiques, car :

- la diplopie est constante quelle que soit la direction du regard ;
- l'excursion musculaire n'est pas limitée ;
- il n'existe pas de position compensatrice de la tête, voire de la démarche.

Les strabismes aigus s'opposent aux strabismes concomitants banaux par la coexistence d'une diplopie permanente, du moins au début.

Ils s'opposent enfin aux hétérophories ou parfois les signes fonctionnels peuvent aller jusqu'à la diplopie intermittente mais jamais continue.

TRAITEMENT

Il faut instituer rapidement, dès le diagnostic posé, un traitement orthoptique, au début, à l'aide du synoptophore, et dès que cela sera possible, avec les règles de prismes.

En cas d'échec de ce traitement ou lorsque l'angle du strabisme est trop important, il faut envisager une intervention chirurgicale « à minima », sachant que bien souvent la déviation est très augmentée, par ce que l'on a appelé « la réaction de fuite ».

Cette intervention chirurgicale consiste, dans les cas de strabismes convergents aigus, soit :

- en un avancement des deux droits externes ; c'est en particulier le cas du jeune malade de R. DE SAINT-MARTIN qui présentait un angle de 45 degrés, et chez qui un avancement de 1 cm des deux droits externes pratiqué sous anesthésie générale amenait la rectitude ;

- en la résection des deux droits internes chez un enfant de neuf ans présentant un strabisme de 28° (FRANCESCHETTI et MOUTINHO) ;

- en la résection unilatérale d'un droit interne, ou enfin avancement unilatéral d'un droit externe, ou ces deux dernières méthodes combinées.

Le résultat post-opératoire est en général favorable malgré une hétérophorie résiduelle bien souvent rencontrée.

Il faut de toute façon savoir se souvenir de l'origine ou tout au moins de la cause déclenchante de ces strabismes aigus.

Il s'agit d'un type de strabisme survenant chez des sujets prédisposés, et afin d'éviter des récidives, il faut prescrire le repos, parfois des calmants, dans certains cas même, un traitement psychothérapique.

PRONOSTIC DU STRABISME AIGU

Le pronostic est généralement favorable, car dans bien des cas avec un simple traitement orthoptique on aboutit à la guérison ; parfois une intervention limitée est nécessaire.

On obtient une guérison excellente avec disparition de la diplopie, disparition du strabisme, et rétablissement d'une vision binoculaire avec néanmoins comme séquelle quelquefois, une légère hétérophorie elle-même de pronostic favorable.

Parmi les cas publiés, le pronostic est généralement favorable et ne comporte pas d'échec.

Notre jeune malade revu avec un an de recul, est phorique, ne présente plus de diplopie ; l'examen musculaire montre toutefois une exophorie résiduelle.

Ainsi, si l'on rejette l'hypothèse de l'augmentation de tonus d'un muscle droit externe, en cas de strabisme divergent, ou l'augmentation de tonus d'un droit interne en cas de strabisme convergent, le strabisme aigu concomitant est en pathologie un des rares cas de disparition d'une fonction à la suite d'une émotion. Cette fonction, en l'occurrence la vision binoculaire, est restituée par un traitement chirurgical, voire le plus souvent médical.

Il serait intéressant de rechercher, dans le vaste domaine de la pathologie, des cas analogues de disparition d'une fonction à la suite d'un choc émotionnel.

CONCLUSIONS

L'étude de cette observation d'un très rare cas de strabisme divergent concomitant aigu d'origine émotionnelle nous a conduit à envisager le problème des strabismes aigus.

Aux termes de cette étude, nous concluerons que :

Premièrement. — Ces strabismes sont généralement déclenchés par un choc émotionnel.

Deuxièmement. — La majorité se déclare chez des sujets n'ayant pas de défaut de réfraction, ayant une acuité visuelle normale des deux yeux.

Troisièmement. — Ils s'accompagnent toujours d'une diplopie constante de loin comme de près, du moins au début.

Quatrièmement. — Une fois déclarés, ils entraînent la perte progressive des différents degrés de la vision binoculaire en l'absence d'un traitement orthoptique ou chirurgical.

Cinquièmement. — Ils réalisent un véritable strabisme expérimental.

Sixièmement. — Si on les observe le plus souvent chez les adolescents et les adultes, on peut se demander si certains strabismes acquis de la première ou de la deuxième enfance n'obéissent pas au même mécanisme et si, dans ces cas, la diplopie ne passe pas inaperçue, chez le jeune enfant, incapable d'analyser ses sensations.

Septièmement. — Le traitement en est le plus souvent simple et facile par les examens orthoptiques, mais l'on doit parfois recourir à une légère intervention chirurgicale.

Huitièmement. — Sous l'influence de ce traitement, l'enfant récupère dans l'ordre où il les avait perdus, les différents facteurs de la vision binoculaire.

Neuvièmement. — C'est un des rares cas en pathologie où l'on constate la disparition d'une fonction à la suite d'un choc émotionnel et la récupération de cette fonction par un traitement adéquat.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
RENARD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER (F.). — Voluntary mechanism for eye movements. (*Strabismus Ophthalmic Symposium*, Saint-Louis, C.V. Mosby and Co., 1950, pp. 63-77.)
- Pathologic physiology of strabismus. (*Arch. Opht.*, juillet 1953, vol. 50, pp. 19-29.)
- ALPHEN (Van G.). — Analyse pulsionnelle des enfants strabiques. (*Mémoire pour le Titre d'Assistant Etranger*, Paris, avril 1951.)
- ARRUGA. — Chirurgie oculaire. (Paris, Masson édit., 1951.)
- BAILLART (P.). — Un cas de spasmes de la convergence. (*Soc. Ophtalm. Paris*, 15 juin 1956 ; — *C.R. Bull. Soc. Ophtalm. Fr.*, 1936, 2, 81-85.)
- BEST (Ch.) and TAYLOR. — The physiological basis of medical practice. (Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1943, pp. 1.400-1.428.)
- BIELSCHOWSKY (A.). — Divergence excess. (*Arch. Ophtalm.*, août 1934, vol. 2, pp. 157-166.)
- Lectures on motor anomalies of the eye. (Hanover, Dartmouth College Pub., 1940.)
- BONNET (P.). — Ophtalmologie clinique. (Paris, Doin édit., 1952, 518-525.)
- BRAUN-VALLON (S.). — Le strabisme concomitant chez l'enfant. (*Revue du Praticien*, 21 octobre 1955, 5/27, pp. 2.829-2.835.)
- BURIAN (H.M.) in ALLEN (J.H.). — *Strabismus Ophthalmic Symposium*, Saint-Louis, C.V. Mosby, 1950, 179, chap. ix.
- CONSTENBADER (F.). — Physiology and management of divergent strabismus. (*Strabismus Ophthalmic Symposium*, Saint-Louis, C.V. Mosby and Co., 1950, pp. 349-366.)
- Strabismus surgery. Monocular or monocular. (*Arch. Opht.*, novembre 1954, vol. 52, pp. 655-663.)
- CORDS in SCHIECK und BRUCKNER. — *Kurzes Hdb. der Augenheilkunde*, Berlin, J. Springer, 1932, 3, 540.
- DAHAN (P.J.). — Etude psycho-somatique du strabisme. Enquête étiologique sur 100 cas. (*Thèse Doct. Méd.*, Paris, 1951, 138 p.)

- DUBOIS-POULSEN, BEN MANSOUR et ATTANE. — Deux cas de strabisme concomitant convergent apparus chez l'adulte. (*Soc. Belge Opht.*, février 1955, vol. 109, p. 60.)
- DUVERGER (C.), VELTER (P.) et BRÉGEAT (P.). — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique, Paris, Masson édit., 2^e édit., 271-276.
- FRANCESCHETTI et BISCHLER. — Strabisme convergent concomitant aigu chez l'adulte. (*Réunion O.N.O. de la Suisse Romande*, novembre 1947, p. 380.)
- *Confinia Neurol.*, 1947, 48, 8, pp. 380-382.
- FRANCESCHETTI et MOUTINHO. — Strabisme convergent concomitant aigu. (*Société Belge d'Opht.*, juin 1951, bull. n° 98, p. 269.)
- FRANCESCHETTI. — Le strabisme concomitant aigu. (*Société Suisse d'Ophtalm.*, septembre 1951 ; — *Ophthalmologica*, t. 123, p. 219.)
- GUILLAUMAT (L.). — *Ophtalmologie*, 1953.
- HARTMANN (E.). — Hétérophorie. Son diagnostic et son traitement. (*Annales Oculistiques*, 1946, t. 179, pp. 71-82.)
- Les phénomènes psycho-somatiques dans l'étiologie de certaines affections oculaires. (*Annales Oculistiques*, 287/20, pp. 865-897.)
- Les facteurs psycho-somatiques en ophtalmologie. (*Annales Oculistiques*, 1948, 282/20, pp. 588-603.)
- HOEVE (Van der J.). — *Kl. M. Blatt. f. Augenheilk.*, 1922, 69, 620-641.
- HUGONNIER. — La vision binoculaire. (*Conférences Lyonnaises d'Opht.*, 1953.)
- HUGONNIER et THÉVENIN (L.). — Les incidences neuro-psychiatriques du strabisme chez l'enfant. (*Soc. Ophtal. Lyon*, 6 mars 1955.)
- *C.R. Bull. Soc. Ophtal.*, 1955, 6, 426-431.
- *Ann. Oculist.*, 1955, 288, 9, 864.
- *Zbl. Ophtalm.*, 1956, 66, 4-5, 225.
- IRVINE (R.). — Physiology symposium ; intermittent exotropia. (*Amer. Orthop. Journ.*, septembre 1952, vol. 2, pp. 5-11.)
- IRVINE (R.) et LUDVIGH (E.). — Is ocular proprioceptive sense concerned in vision. (*Arch. Opht.*, juin 1936, vol. 15, pp. 1.037-1.049.)
- JAVAL (E.). — Manuel du strabisme. (Paris, Masson édit., 1896.)
- LAGLEIZE. — Du strabisme. (Paris, 1913.)
- LANCASTER (J.). — A manual of orthoptics. (Springfield, Charles C. Thomas Publ., 1951.)
- LESÀGE (D.). — Exotropies intermittentes. (Thèse, Paris, 1956.)
- LEUBA (J.). — Deux cas de strabisme psychogène (Zwei fälle von psychogenem schielen). (*Ebult. Psychiatr.*, 1949, p. 353.)
- MAGITOT (A.). — Physiologie oculaire clinique. (Paris, Masson édit., 1946.)

MALBRAN (J.). — Strabismes et paralysies. (Charleroi; 1953 ; traduction française de Sevrin.)

MANN (I.). — Convergence deficiency. (*Brit. J. Opht.*, août 1940, vol. 24, pp. 373-390.)

MARTINET (M.L.). — Sur la psychologie des jeunes strabiques. (*Thèse Doct. Méd.*, Strasbourg, 1952.)

MEUNIER. — Strabisme convergent aigu. (*Soc. Belge d'Ophtalm.*, juin 1952, bull. n° 101, p. 429.)

PARINAUD (N.). — Le strabisme et son traitement. (Paris, Masson édit., 1899.)

PAUFIQUE et HUGONNIER. — Le strabisme concomitant aigu. (*Soc. d'Ophtalm. Lyon*, mars 1953, bull. S.O.F., p. 232.)

PAUFIQUE et CAMBRILLAT. — Strabisme convergent aigu apparu au cours de l'évolution d'une cataracte ; guérison. (*Oc. Opht. Lyon*, février 1952, bull. S.O.F., p. 261.)

PARFONRY et POLLIT (L.). — Traitement chirurgical du strabisme. (*Rapport de la S.O.P.*, 1953.)

POSNER (A.). — Divergence excess, considered as an anomaly of the postural tonus of the muscular apparatus. (*Amer. J. Ophtalm.*, octobre 1944, vol. 26, pp. 1.136-1.142.)

RENARD et VELTER. — Encyclopédie (1956).

SAINT-MARTIN (R. de). — Extrait du *Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie*, n° 112, fasc. II, pp. 138 à 142.

SCOBEE (R.). — A center for ocular divergence does it exist. (*Amer. J. Opht.*, avril 1946, vol. 27, pp. 422-434.)

— Intermittent exotropia. (*Tr. Amer. Academy Opht.*, juillet-août 1949, vol. 53, pp. 658-673.)

— *Strabismus Ophtalmic Symposium*, Saint-Louis, C.V. Mosby and Co., 1950.

— The oculo-rotary muscles. (Saint-Louis, C.V. Mosby and Co., 1952, pp. 162-179.)

TERSON (A.). — Un strabisme d'origine insolite avec guérison médicale. (*Soc. Opht. Paris*, 19 janvier 1935.)

— *C.R. Bull. Soc. Ophtalm. Paris*, 1935, 2, 22-25.

ÜBERSCHLAG (R.). — Contribution à l'étude du strabisme dans ses relations avec les troubles du comportement. (*Thèse*, Strasbourg, 1948.)

VELTER et RENARD. — Ophtalmologie (1956).

WEBER (E.). — *Ophtalmologica*, 1947, 115, 320-324.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
OBSERVATION	14
PLACE DU STRABISME AIGU PARMI LES AUTRES STRABISMES ..	18
Classification selon le type du strabisme	18
Classification selon la cause du strabisme	19
Classification selon la date d'apparition du strabisme	20
CARACTERES CLINIQUES DES STRABISMES AIGUS CONCOMI- TANTS	22
REVUE DES CAS PUBLIES DE STRABISMES AIGUS CONCOMI- TANTS	24
PHYSIO-PATHOGENIE DU STRABISME AIGU	31
DIAGNOSTIC DU STRABISME	34
Diagnostic positif	34
Diagnostic différentiel	34
TRAITEMENT	35
PRONOSTIC DU STRABISME AIGU	36
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39

